

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SAN MARCOS
TARJETA DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE**

Year : _____	Grade: _____
Teacher : _____	ID #: _____

X _____

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento
----------	--------	---------------------

X _____

Domicilio	Teléfono de casa	Dirección de Correo Electrónico
-----------	------------------	---------------------------------

EN CASO DE EMERGENCIA, ES IMPORTANTE PARA LA SEGURIDAD DE SU NIÑO QUE TENGAMOS LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN ESTA TARJETA.

1. _____

Nombre (Padres)	Empleador	Teléfono Celular	Teléfono del Trabajo
-----------------	-----------	------------------	----------------------

2. _____

Nombre (Padres)	Empleador	Teléfono Celular	Teléfono del Trabajo
-----------------	-----------	------------------	----------------------

ES MUY IMPORTANTE, EN CASO QUE LOS PADRES NO PUEDAN SER CONTACTADOS, QUE (2) DOS NOMBRES Y NUMEROS DE TELEFONO ADICIONALES SE PROPORCIONEN. POR FAVOR INDIQUE A CONTINUACION:

3. _____

Nombre del contacto alternativo (local)	Relación	Teléfono
---	----------	----------

4. _____

Nombre del contacto alternativo (local)	Relación	Teléfono
---	----------	----------

SI NINGUNA DE LAS PERSONAS EN LA LISTA ESTÁ DISPONIBLE, SU NIÑO/A SERÁ TRANSPORTADO POR AMBULANCIA AL HOSPITAL.
Hermanos en la escuela:

Nombre	Escuela	Grado	Nombre	Escuela	Grado
Nombre	Escuela	Grado	Nombre	Escuela	Grado

CONDICIONES MÉDICA(S)- Marque todo que aplica
SI NADA APLICA marque aquí

ADHD

Asma, necesita inhalador en la escuela: sí no

Diabetes, necesita insulina en la escuela: sí no

Enfermedades cardiacas: _____

Historia de ataques epilépticos: _____

Pérdida de la audición, usa audífono(s): R L

Problemas de la vista usa lentes usa lentes de contacto

Otro problema de salud: _____

Historia de traumatismo craneoencefálico fechas: _____

ALERGIAS- Marque todo que aplica
Si no hay alergias conocidas marque aquí

Reacción a picaduras de abeja

Alergia de comida o otra alergia (por favor lista): _____

Alergia de medicina, explique: _____

Otra alergia explique: _____

Marque aquí si su hijo/a ha tenido una reacción anafiláctica
Requiere su hijo/a medicamentos para tratar las alergias:
 sí no

SI SE REQUIEREN MEDICAMENTOS PARA TRATAR UNA REACCION ALERGICA, POR FAVOR COMUNIQUESE CON LA OFICINA DE LA ESCUELA O VISITE EL SITIO WEB DE LA ESCUELA PARA OBTENER LAS FORMULARIOS NECESARIOS.

MEDICAMENTOS- Lista de medicamentos. Si no toma ninguno marque aquí:

Nombre de medicamento/dosis/tiempo de uso: _____

Es alguno de las medicamentos indicados usado en la escuela? sí no

SI LOS MEDICAMENTOS SON NECESARIOS EN LA ESCUELA UNA FORMA DE PERMISO DE LOS PADRES FIRMADO Y PARA LOS MÉDICOS ES NECESARIO, PÓNGASE EN CONTACTO CON LA OFICINA DE SALUD ESCOLAR PARA OBTENER LAS FORMAS NECESARIAS.

Números telefónicos de proveedores médicos:

Nombre del medico/teléfono: _____ Nombre de dentista/teléfono: _____

Tiene su hijo/hija seguro medico? sí no Nombre del proveedor de seguro: _____

LA INFORMACION DE SALUD PROPORCIONADA EN ESTE FORMULARIO PUEDE COMPARTIRSE CON EL PERSONAL EXCOLAR APROPIADO CUANDO SEA REQUERIDA CON EL FIN DE GARANTIZAR LA SEGURIDAD Y BIENESTAR DE SU HIJO/A. POR FAVOR PONGASE EN CONTACTO CON LA ENFERMERA DE LA ESCUELA SI TIENE ALGUNA DUDA O PREGUNTA AL RESPECTO.

Firma de los padres o tutores: _____ Fecha: _____

Yo certifico, bajo mi conocimiento, que la información mencionada arriba es correcta y verdadera.